

UNIVERSITE DE BORDEAUX
FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1923-1924 — N° 77

SUR QUELQUES PROPAGATIONS DE TUMEURS DE LA VESSIE

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le Vendredi 22 Février 1924

PAR

André-Louis-Marie BONNETBLANC

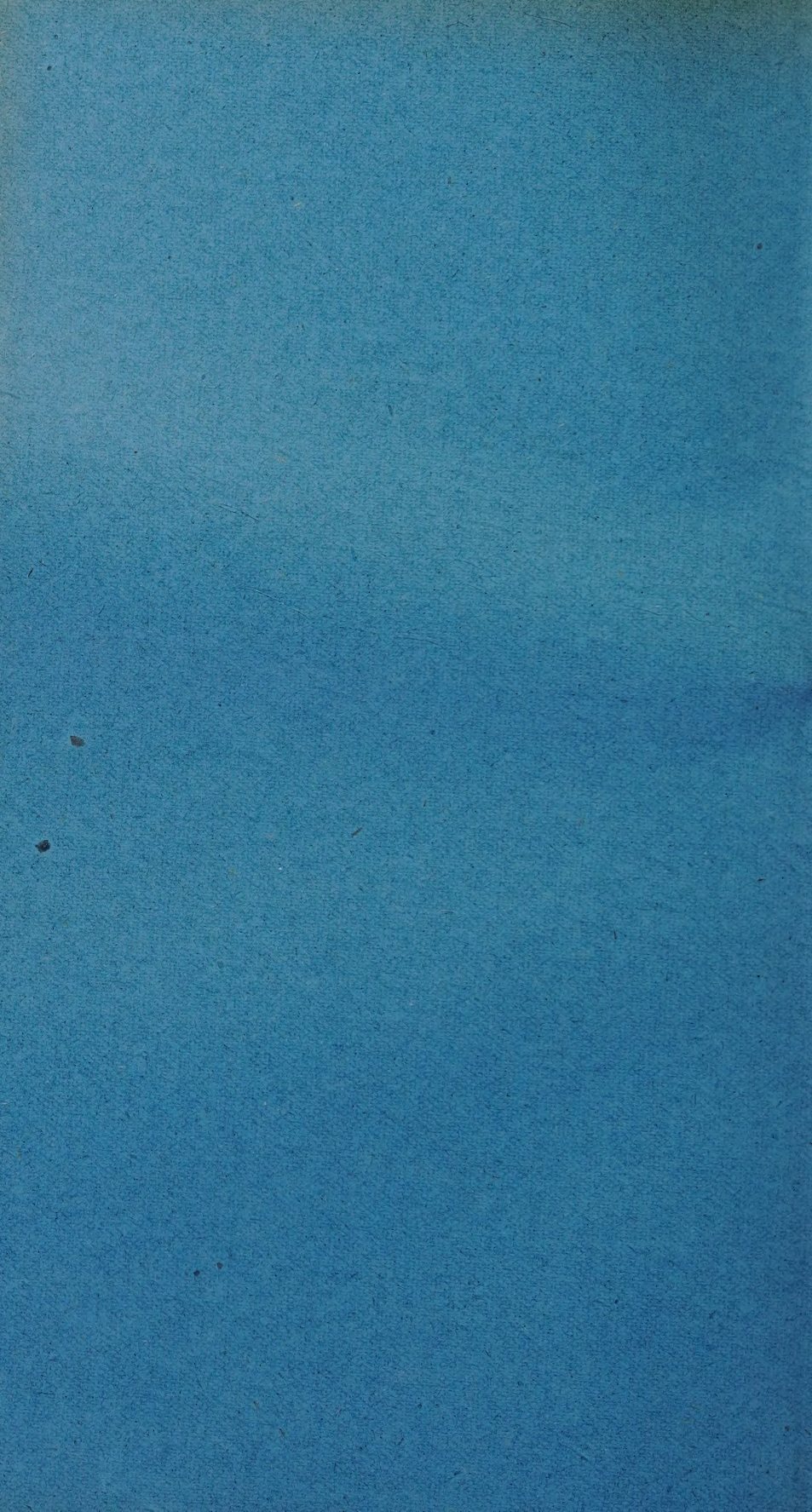
Né à Châtelus-le-Marcheix (Creuse) le 9 Février 1900

Examineurs de la Thèse	{	MM. GUYOT, professeur.....	{	Président.
		RÉGOUIN, professeur.....		Juges.
		ROCHER, agrégé.....		
		PAPIN, agrégé.....		

BORDEAUX
IMPRIMERIE SAMIE FILS FRÈRES

8. Rue de Cursol, 8

1924



UNIVERSITE DE BORDEAUX
FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1923-1924 — N° 77

SUR QUELQUES PROPAGATIONS DE TUMEURS DE LA VESSIE

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le Vendredi 22 Février 1924

PAR

André-Louis-Marie BONNETBLANC

Né à Châtelus-le-Marcheix (Creuse) le 9 Février 1900

Examineurs de la Thèse	{	MM. GUYOT, professeur.....	Président.
		BÉGOUIN, professeur.....	} Juges.
		ROCHER, agrégé.....	
		PAPIN, agrégé.....	

BORDEAUX
IMPRIMERIE SAMIE FILS FRÈRES
8, Rue de Cursol, 8

—
1924

FACULTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX

M. SIGALAS Doyen.

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. LANELONGUE, BADAL, PITRES, ARNOZAN, POUSSON

PROFESSEURS :

MM.	
Clinique médicale	VERGER.
id.	CASSAET.
Clinique chirurgicale	CHAVANNAZ.
id.	VILLAR.
Pathologie et thérapeutique générales	CRUCHET.
Clinique d'accouchements ..	RIVIERE.
Anatomie pathologique et mi- croscopie clinique	SABRAZES.
Anatomie	PICQUE.
Anatomie générale et histolo- gie	G. DUBREUIL.
Physiologie	PACHON.
Hygiène	AUCHE.
Médecine légale et déontolog.	N.
Physique biologique et cliniq. d'électricité médicale	BERGONIE.
Chimie	CHELLE.
Botanique et matière médicale	BEILLE.
Pharmacie	DUPOUY.
Zoologie et parasitologie	MANDOUL.
Médecine expérimentale	FERRE.

MM.	
Clinique ophtalmologique....	LAGRANGE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	DENUCE.
Clinique gynécologique.....	BEGOUIN.
Clinique médicale des mala- dies des enfants	MOUSSOUS.
Chimie biologique et médicale	DENIGES.
Physique pharmaceutique ...	SIGALAS.
Médecine coloniale et clin.des maladies exotiques	LE DANTEC.
Clinique des maladies cuta- nées et syphilitiques	W.DUBREUILH
Pathologie externe et chirur- gie opérat. et expérimentale	GUYOT.
Clinique des maladies nerveu- ses et mentales	ABADIE.
Clinique d'oto-rhino-laryngol.	MOURE.
Toxicologie et hygiène appli- quée	BARTHE.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	SELLIER

MM. PRINCETEAU (Anatomie — LABAT (Pharmacie)
CARLES (Thérapeutique et pharmacologie) — PETGES (Vénéréologie).

AGRÉGÉS EN EXERCICE :

MM.	
Anatomie et embryologie....	VILLEMIN.
Histologie	LACOSTE.
Physiologie	DELAUNAY.
Anatomie pathologique.....	MURATET.
Parasitologie et sciences na- turelles	R. SIGALAS
id.	N.
Physique biologique et médic.	RECHOU.
Chimie biolog. et médicale...	HERVIEUX.
Médecine générale	MAURIAC.
id.	LEURET.
id.	DUPERIE.
id.	CREYX.

MM.	
Médecine générale	MICHELEAU.
id.	BONNIN.
Maladies mentales	PERRENS.
Médecine légale	LANDE.
Chirurgie générale	ROCHER.
id.	DUVERGEY.
id.	PAPIN.
id.	JEANNENEY.
Obstétrique	PERY.
id.	FAUGERE.
Ophthalmologie	TEULIERES.
Oto-rhino-laryngologie.....	PORTMANN.
Pharmacie	GOLSE.

COURS COMPLÉMENTAIRES :

MM.	
Clinique dentaire	CAVALIE.
Médecine opératoire	N.
Accouchements	PÉRY.
Ophtalmologie	CABANNES.
Fuériculture	ANDERODIAS.

MM.	
Démonstrations et prépara- tions pharmaceutiques	LABAT.
Chimie	N.
Pathologie interne	N.
Chimie analytique	N.
Hygiène appliquée	N.

Orthopédie chez l'adulte, pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre
et les infirmes. MM. ROCHER.
Cours complémentaire annexe, — Prothèse et rééducation professionnelle.. GOURDON.

Par délibération du 5 août 1879, la Faculté a arrêté que les opinions émises dans les Thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle entend ne leur donner ni approbation ni improbation.



A LA MÉMOIRE DE MES GRANDS-PARENTS

A LA MÉMOIRE DE MON FRÈRE

A LA MÉMOIRE DE MES ONCLES

A MA GRAND'MÈRE

A MON PÈRE — A MA MÈRE

A MON FRÈRE

A MES SŒURS

AUX MIENS ET A MÈS AMIS

Je dédie ce travail en témoignage
d'affection.

A MES PREMIERS MAITRES

DE L'ÉCOLE PRÉPARATOIRE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE
ET DE L'HOPITAL DE LIMOGES

A TOUS MES MAITRES DE LA FACULTÉ
DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX

A MES MAITRES DES HOPITAUX

A MONSIEUR LE PROFESSEUR DUVERGEY

PROFESSEUR AGRÉGÉ A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE BORDEAUX

CHIRURGIEN DES HOPITAUX

CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

OFFICIER DE L'INSTRUCTION PUBLIQUE

Qui nous inspira le sujet de ce travail, nous en fournit les premiers éléments. Veuillez croire aujourd'hui à notre grande reconnaissance.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE
MONSIEUR LE PROFESSEUR GUYOT

PROFESSEUR DE PATHOLOGIE EXTERNE ET CHIRURGIE OPÉRATOIRE
ET EXPÉRIMENTALE A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE BORDEAUX
CHIRURGIEN TITULAIRE DE L'HOPITAL SAINT-ANDRÉ
CORRESPONDANT NATIONAL DE LA SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE
CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR
DÉCORÉ DE LA CROIX DE GUERRE
ET DE L'ORDRE DE SAINTE-ANNE DE RUSSIE
OFFICIER DE L'INSTRUCTION PUBLIQUE

Au Maître qui après nous avoir accueilli si aimablement a bien voulu nous faire l'honneur de présider ce modeste travail, nous tenons à exprimer toute notre gratitude.

INTRODUCTION

Si l'on songe au voisinage, à la diversité et à la multiplicité des organes qui, dans le petit bassin, entourent la vessie, on est frappé en fouillant la littérature médicale de constater, que, parmi les complications des tumeurs de la vessie, la propagation de celles-ci aux organes voisins est une des plus rares.

Ces faits ne sont cependant pas exceptionnels et ont été signalés depuis longtemps. C'est surtout depuis les travaux de Guyon, Pousson, Albarran, qu'ils sont mieux connus.

Frappé par le peu de crédit qu'il faut apporter aux observations, qui ne s'appuient que sur le simple examen macroscopique pour déterminer l'origine d'une tumeur de la vessie, nous avons pensé qu'il pourrait être intéressant de réunir dans un travail d'ensemble quelques-uns de ces cas. Ces observations sont disséminées dans différentes publications médicales, et, celles qui ont parues jusqu'ici, sont encore en nombre assez restreint. Elles nous fourniront un élément de gravité du pronostic, notion qui a une importance considérable et qui servira au traitement par lequel nous devons nous efforcer d'enrayer tout au moins de retarder la marche fatale de la maladie.

Nous remercions vivement Monsieur le Professeur agrégé Duvergey. C'est sur ses conseils éclairés que nous nous sommes intéressés à ce sujet, guidés et documentés par les observations qu'il a bien voulu nous fournir.

Nous remercions également le Docteur Blanchot de l'accueil sympathique qu'il nous a toujours réservé, ainsi que

notre camarade, le Docteur Marcel Chambon, qui s'est mis à notre disposition pour esquisser de main de maître les croquis précis qui illustrent les observations IX et XI.

Nous ne ferons pas de chapitre spécial d'historique de la question, nous avons préféré en dire un mot chemin faisant dans chaque article.

Nous envisagerons dans un premier chapitre les diverses propagations des tumeurs de la vessie et les causes de leur rareté.

Le chapitre II sera consacré aux faits cliniques.

Le chapitre III sera réservé à l'étude clinique et au diagnostic.

Nous dirons un mot du traitement dans le chapitre IV.

CHAPITRE PREMIER

Des diverses propagations des tumeurs de la vessie

Cause de leur rareté

Les observations cliniques et les examens nécroscopiques de ces dernières années ont montré que les propagations des tumeurs vésicales, pour être moins fréquentes que celle des néoplasmes des autres régions, ne sont pas cependant exceptionnelles. L'infiltration néoplasique de la vessie peut s'étendre en effet aux divers organes du petit bassin. Ces propagations se font par continuité de tissu et d'organes.

Pour plus de commodité, nous diviserons ce chapitre en trois paragraphes. Le premier sera réservé aux propagations du sarcome et le second à celle des néoplasmes épithéliaux. Dans le paragraphe III nous envisagerons les causes de leur rareté.

§ I. — *Propagation du sarcome*

Les sarcomes de la vessie se présentent habituellement comme des tumeurs sessiles ou infiltrées et plus rarement pédiculés. Cette infiltration est l'expression même de leur malignité; elle indique leur propagation qui se fait par continuité.

Le sarcome, après avoir envahi toute l'épaisseur de la paroi vésicale, fait saillie et contracte des adhérences avec les organes voisins.

L'invasion des organes génitaux externes est fréquent

dans ce genre de tumeur. La tendance à faire hernie au dehors de la vessie est plus marquée chez la femme que chez l'homme. C'est surtout chez la jeune fille, qui a un urèthre court, que l'on voit la tumeur apparaître à la vulve. Chez le jeune sujet le sarcome tend de même à atteindre les voies génitales externes et une plus ou moins grande étendue de l'urèthre. A cet âge le sarcome est extrêmement proliférant. Ce fait n'est qu'un cas particulier de cette loi générale de la biologie des néoplasmes d'après laquelle ceux-ci évoluent d'autant plus rapidement que les sujets sont plus jeunes. L'observation II nous permet d'observer un cas de ce genre chez une fillette de 4 ans dont la vessie et le vagin ne formaient plus qu'une cavité remplie de végétations à la période terminale.

Au lieu de suivre le canal uréthral, la tumeur peut envahir la paroi vésicale et cette propagation peut être suivie de perforation vésicale et de péritonite (obs. I).

Dans d'autres cas le sarcome peut gagner les organes voisins : urèthre, col utérin, vagin (obs. IV). Arcy Power note la propagation au rectum.

Enfin Athfeld, cité par Jungano, aurait observé chez une petite fille une masse sarcomateuse ayant envahi les os du bassin, et comprenant dans sa dégénérescence les vaisseaux et les ganglions lymphatiques de la fosse iliaque.

Nous n'insisterons pas davantage sur la propagation du sarcome; car, dans la pratique, ces tumeurs de la vessie se rencontrent assez rarement. D'après Verhoogen elles forment 5 % des tumeurs de la vessie.

§ II. — *Propagation des néoplasmes épithéliaux*

Elle se fait de deux façons : par continuité et par contiguité.

Les propagations par contiguité se rattachent à l'histoire des greffes de tissu néoplasique. Elles sont très fréquentes. On trouve souvent une tumeur de même nature développée sur un point de la vessie qui était directement en contact avec

le néoplasme primitif. Albarran se fondant sur ces rapports de contiguité, sur l'intégrité de l'épithélium dans l'intervalle qui sépare le pédicule de la tumeur principale de la surface de l'autre, admet que ce sont des greffes. Les petits papillomes que l'on voit souvent autour de la base des cancers seraient aussi pour lui des greffes épithéliales.

Par continuité la tumeur se propage aux conduits et aux organes voisins. La diffusion facile et la tendance à l'infiltration des néoplasmes donne la clef des propagations par continuité. L'envahissement de l'organe voisin est plus lent dans le sarcome et ce n'est qu'à une période très avancée que se fait cette évolution régionale du néoplasme épithélial.

Les néoplasmes pédiculés ont le plus souvent une vie intra-vésicale, à moins qu'ils ne dégénèrent en tumeurs malignes et alors ils évoluent comme celles-ci.

Il s'agit en effet le plus souvent de tumeurs sessiles ou infiltrées. Ces dernières envahissent souvent la paroi de la vessie plus profondément que ne pourrait le faire soupçonner l'examen macroscopique; l'infiltration se fait en surface et en profondeur sans envahir la cavité de la vessie dont la muqueuse présente des indurations à surface grenue et irrégulières, à peine saillantes et souvent ulcérées. C'est cette variété qui se propage le plus rapidement aux organes voisins par envahissement successif des tissus.

Le péritoine qui recouvre la vessie se trouve, dans certains cas, seulement soulevé par les nodosités du néoplasme sous-jacent, ou encore il est envahi et englobé lui-même par le cancer qui se présente sous la forme de petits tubercules saillants (obs. V).

D'autres fois, le péritoine est perforé par le néoplasme et il s'ensuit une péritonite mortelle comme dans le cas rapporté par Goetz (obs. VI).

Plus souvent il se forme des altérations péritonéales qui limitent des loges séparées et c'est dans ces loges que s'ouvre la perforation vésicale. Par l'intermédiaire des adhérences

péritonéales le cancer peut s'ouvrir dans l'intestin (obs. VII, VIII).

L'obs. IX de M. le Professeur Pousson et du Docteur Blanchot nous montre un cas de propagation qui avait entraîné un véritable rétrécissement circulaire du rectum. Ce cas est très rare.

Les observations publiées de propagation au tube intestinal sont souvent peu concluantes et pour la plupart laisse un doute dans l'esprit sur le véritable point de départ de la néoplasie.

La propagation du cancer de la vessie à la prostate a été niée par certains auteurs, en particulier par les Allemands Klebs, Kuster. En France, Rigaud, élève de Pousson, dit dans sa thèse « Le cancer de la vessie ne se prolonge pas plus à la prostate que le cancer de la prostate à la vessie. » Cette opinion est par trop catégorique et les travaux de Motz et de Montfort ont démontré l'existence des propagations des tumeurs de l'un à l'autre organe.

Montfort ajoute d'ailleurs que dans les propagations des tumeurs de la vessie à la prostate, il s'agit surtout de tumeurs carcinoides qui envahissent toute la paroi vésicale et en dépasse même les limites.

Il faut cependant reconnaître que si le cancer de la prostate se propage fréquemment à la vessie, la réciproque n'est pas vraie et la propagation d'un cancer de la vessie doit être encore regardée comme une exception.

Si l'urèthre est fréquemment atteint dans les cas de sarcome, il est habituellement épargné dans les cas de néoplasmes épithéliaux. Nous avons pu réunir quelques cas de ce genre (obs. X, XI, XVI).

Dans l'observation de Duplant (obs. X), il s'agit d'un homme de 64 ans qui avait depuis 20 ans des difficultés de la miction sans aggravation, ni accidents notables. On le soumet au régime lacté, son état s'améliore. Mais le malade rentre de nouveau à l'hôpital ayant beaucoup maigri, présentant une teinte jaune paille de ses téguments, de l'œdème

des membres inférieurs et des bourses survenant le soir. C'est alors que par une observation attentive, on note la présence d'un noyau volumineux, dur à la racine des corps caverneux, noyau en forme de fer à cheval imposant le diagnostic de cancer de la vessie propagé aux corps caverneux. Cette longue période de latence est particulièrement remarquable d'autant plus qu'elle ne donna pas de rétrécissement de l'urèthre.

Par contre, Adénot, de Lyon, cite un autre cas de tumeur vésicale qui se propageait à toute la longueur du canal de l'urèthre et au corps caverneux. Cette tumeur n'avait pas été diagnostiquée au début et avait fait penser à un rétrécissement de l'urèthre pour lequel l'uréthrotomie a été pratiquée.

Très rares sont les propagations du cancer de la vessie aux urétéres. Cette rareté contraste avec la fréquence de l'implantation du néoplasme au voisinage de leur orifice. Ce que l'on observe le plus souvent, c'est une forme de propagation circumurétérale de la tumeur : il s'ensuit une dilatation de l'urétére au-dessus de l'obstacle sans qu'il subisse de dégénérescence (obs. IX).

Chez la femme la propagation au vagin est extrêmement rare. L'observation XII paraît douteuse sur le point de départ de la tumeur. Dans l'obs. XIII l'autopsie montre des lésions très avancées de la vessie coïncidant avec une lésion limitée du vagin.

M. le Professeur agrégé Duvergey et le Docteur Blanchot citent le cas (obs. XIV) d'un cancer de la vessie propagé à l'utérus et qui d'ailleurs avait débuté par des métrorrhagies. Ce cas est très rare et reste la seule observation de propagation de néoplasme de la vessie à l'utérus jusqu'à plus ample informé.

Enfin le tissu cellulaire, les os eux-mêmes du petit bassin, le muscle illiaque et les vaisseaux illiaques externes peuvent être envahis par le cancer de la vessie (obs. V. XIII).

§ III. — *Causes de leur rareté*

En thèse générale, la plupart des auteurs reconnaissent que les néoplasmes se propagent rarement aux organes voisins.

Cette vie toute locale, même des tumeurs malignes, des vrais cancers, était expliquée autrefois par ce fait que l'on n'avait pas encore constaté de lymphatique dans la vessie. Sappey, en 1885, en niait l'existence. Nous ne pouvons nous arrêter à ces considérations anatomiques surtout depuis les travaux d'Albarran (1892) et de Pasteau (1898).

Si ces propagations sont rares, c'est surtout parce que ce sont des phénomènes tardifs; le malade succombe ordinairement par hémorragie ou par infection avant qu'elles aient eu le temps de se produire.

Il est exceptionnel que des hématuries répétées et abondantes suffisent à déterminer la mort des malades. Mais elles les affaiblissent beaucoup et l'anémie qu'elles déterminent présente pour eux le danger de l'infection.

De même l'incontinence, la rétention d'urine peut s'établir facilement chez ces malades, non seulement lorsqu'il y a propagation à l'urèthre, mais souvent par une simple action mécanique de la tumeur, et dès lors la voie est ouverte plus ou moins large à l'invasion microbienne. La stagnation du liquide, le mélange du sang à l'urine, les anfractuosités de la tumeur sont autant de conditions d'appropriation du contenu vésical qui favorisent la pullulation des micro-organismes.

L'infection apparaît donc presque nécessairement à un moment de l'évolution de la tumeur, et c'est à elle que sont dues les plus redoutables complications. Ce sont surtout les infections rénales et générales qui le plus souvent sans laisser même à la tumeur le temps de parcourir toute son évolution locale déterminent la mort des malades.

Un autre facteur les amène dans cet état de consommation et de marasme qui à la veille de leur mort exprime et traduit

le dépérissement profond de tout leur organisme, c'est l'élément toxique dû, soit aux substances élaborées par les micro-organismes, soit à une insuffisance d'élimination des déchets de la vie cellulaire de la tumeur, et nous dirons avec Albaran qu'« ils meurent comme des urinaires plutôt que comme des cancéreux ».

Enfin les moyens d'investigation mis à notre disposition se sont de plus en plus perfectionnés. Nitze substitua le premier la cystoscopie à lumière interne à la cystoscopie à lumière externe. Par le merveilleux instrument qu'il a imaginé il mérite une des premières places parmi ceux qui ont contribué à faire progresser le diagnostic des maladies des voies urinaires. Le cystoscope en effet, précise un diagnostic déjà établi, ou assure un diagnostic douteux permettant ainsi une intervention plus précoce et moins aléatoire qui arrêtera le néoplasme dans son évolution.



CHAPITRE II

OBSERVATIONS

Faits Cliniques

SARCOMES

OBSERVATION I

(*Seuftleben Lagenbeck's Arch.*, 1861, in-ALBARRAN)

Sarcome fuso-cellulaire chez une femme de 24 ans, occupant toute la muqueuse formée par les villosités.

Siège : côté droit du fundus.

Sortie à plusieurs reprises, la malade en arrache des morceaux. Peu d'hématurie.

Mort par perforation de la vessie et péritonite.

OBSERVATION II

(BUTTLIN, *Lancet*, 1882, vol. I, p. 1310, in-ALBARRAN)

Fillette de 4 ans.

Fongosités sortant par l'urèthre occupant tout le segment inférieur et paroi postérieure.

Extirpation par l'urèthre à plusieurs reprises. Récidives rapides. Tumeur vue dans la vulve.

A la fin, vessie et vagin formaient une cavité remplie de végétations dentritiques.

OBSERVATION III

(ARCY POWER, *Lancet*, 1888)

Homme de 64 ans.

Sarcome à petites cellules mixtes.

Partie saillante de la tumeur tubéreuse, recouverte de masses en choux-fleurs.

Siège : paroi latérale et bas-fond.

Enlevée partiellement à l'aide de la taille médiane. Tumeur grandissant toujours. Miction devenait impossible. Rectum fut envahi par l'extension de la tumeur et il s'est formé plusieurs trajets fistuleux entre la vessie et le rectum.

OBSERVATION IV

(PAUD DITTRICH, *Prager Med. Woch.*, 1889, in-ALBARRAN)

Femme de 25 ans.

Sarcome à cellules rondes infiltrant toutes les couches de la vessie, siégeant à l'embouchure des urètres. Pas opéré.

Symptômes d'hydronéphrose du rein droit.

Toutes les couches de la vessie sont envahies de même que le col utérin et le vagin. Gros intestin, présente aussi quelques masses néoplasiques disséminées.

NEOPLASMES EPITHELIAUX

OBSERVATION V

(ALBARRAN, les Tumeurs de la vessie, obs. 62)

Homme de 62 ans.

Date de début : 2 ans.

Premier symptôme : Cystite.

Nature histologique : Epithélioma réticulé.

Les verrues de la muqueuse sont de simples saillies papillaires sans prolifération épithéliale.

Autopsie. — Expulsait des fragments. Sondé depuis 7 ans pour des accidents de prostatisme, n'a jamais eu d'hématurie. Quelques gouttes de sang seulement quand on lavait sa vessie. Les ganglions illiaques droits et hypogastriques du même côté étaient pris. Le rein droit en oblitération aseptique.

En dehors des points d'implantation de la tumeur, la mu-

queuse vésicale est verruqueuse. Prostate envahie par la tumeur.

Le péritoine présente des petits nodules cancéreux.

Le corps du pubis est envahi.

OBSERVATION VI

(GOETZ. *Bulletin de la Société anatomique de Paris*, 1875 : Cancer de la vessie, perforation, dilatation de l'urètre).

Le malade dont il s'agit était un homme de 35 à 40 ans qui fut reçu d'urgence (service de M. Fillaux) à Lariboisière, salle Saint-Augustin, n° 6, et mourut très peu de temps après son entrée. A la visite du soir, on constate un facies altéré, les traits grippés et un refroidissement général du corps et des extrémités, une petitesse extrême du pouls, des vomissements bilieux; bref tous les symptômes d'une péritonite aiguë; le ventre est ballonné et très douloureux. On ne peut du reste obtenir aucun renseignement. Tout ce qu'on sait, c'est qu'il est malade depuis quatre ou cinq jours et qu'il s'est rendu à l'hôpital à pied; il meurt dans la nuit.

A l'autopsie on trouve le péritoine très injecté et contenant de la sérosité purulente. La vessie est le siège d'un ramollissement très marqué de ses parois; sa surface interne est parsemée de sailles molles et grisâtres; sa cavité est remplie de sanie purulente et infecte; au niveau de son sommet, elle présente une perforation arrondie, au niveau de laquelle les parois sont très amincies; on peut y passer le petit doigt.

L'urètre droit rempli d'urine est énormément dilaté, il a la forme et le volume du colon. Le parenchyme du rein du même côté a complètement disparu; on ne trouve qu'une poche fibreuse, faisant suite à l'urètre et contenant un liquide louche.

Le rein et l'urètre du côté opposé, ne présentent rien d'anormal; ces lésions remontaient donc fort probablement à une date ancienne. Il est intéressant de constater qu'elles n'aient pas donné lieu à des symptômes plus marqués.

Le malade n'a dû cesser son travail qu'au moment où s'est produite la perforation de la vessie, suivie de la péritonite qui a causé la mort.

OBSERVATION VII

ORILLARD. *Bulletin de la Société anatomique*, 1894. in-HALLÉ, *Annales des maladies des organes génitaux urinaires*.)

V. G..., 63 ans, entre le 17 septembre à Necker dans le service de M. Horteloup. Son état est tel qu'il est impossible d'obtenir des renseignements précis sur les antécédents.

Température, 39°; langue rôtie, vomissements. Urine avec pus abondant, sang et caillots, mictions fréquentes et douloureuses; douleurs lombaires spontanées et provoquées.

Rénitence au palper hypogastrique, urèthre sain, prostate un peu augmentée de volume.

Autopsie. — Hypertrophie prostatique avec lobe moyen en luette. A l'ouverture de la vessie, on trouve une tumeur irrégulière, mollassse, occupant le sommet et les parties voisines des faces antérieures et postérieures. Cette tumeur est enchâtonnée à son pourtour par la muqueuse vésicale; elle a 3 ou 4 travers de doigt d'étendue.

Au niveau de la face postérieure existe une ulcération complète des parois vésicales de la largeur d'une pièce de 1 franc. Le pourtour en est irrégulier et formé par la paroi vésicale amincie. Cette ouverture correspond à une poche du volume d'un œuf, constituée par des adhérences entre la face postérieure de la vessie et la face antérieure du rectum. D'autre part, cette poche s'ouvre également dans le rectum par une perforation de la face antérieure de cet organe, présentant les dimensions d'une lentille.

Examen histologique de Buscarlet : Epithélioma pavimenteux lobulé.

Urétéro-pyéélite à gauche, avec un petit calcul.

OBSERVATION VIII

(LAVENANT, in-LEMOINE, Thèse Paris, 1909-1910)

*Pneumaturie vésicale au cours d'un néoplasme vésical
avec perforation intestinale*

Le 6 avril 1908. Malade qui éprouve des douleurs très vives en urinant; les urines ont des filaments purulents. Instillation de nitrate d'argent à 1 %. Cystoscopie le 8 avril.

Vessie avec des colonnes peu accentuées, cependant bas-fond plus rouge que normalement, piqué rouge. La prostate fait une légère saillie; les orifices urétéraux sont normaux. A la partie supérieure de la vessie, au niveau et un peu en arrière de la bulle d'air, on trouve une partie un peu plus rouge que le reste de la vessie, formant une dizaine de petites élevures, bourgeons lisses sans aucun caractère et ne faisant pas penser à néoplasmes. Je demande au malade de venir me voir de nouveau dans quelque temps.

Juillet 1908. — Le malade revient parce qu'il lui semble rendre des gaz par la vessie, il a des envies fréquentes d'uriner et des douleurs au début et à la fin, urines très sales.

Cystoscopie. — A la partie supérieure de la vessie on trouve des bourgeons assez gros, irréguliers et laissant voir un cratère où l'on voit une masse noirâtre (probablement matière fécale). Diagnostic de néoplasme vésical avec perforation intestinale; le reste de la vessie est rouge et congestionné.

Je propose au malade une intervention, me proposant non d'extirper le néoplasme, mais si possible faire une exclusion de l'anse intestinale adhérente afin qu'il ne s'écoule plus de matière dans la vessie.

Opération le 6 juillet avec MM. Villandre et Lemoine. Incision sus-pubienne. On trouve le cœcum d'un côté et le colon descendant adhérents à la vessie sur la ligne médiane. Fermeture immédiate de la paroi.

Le malade rentre chez lui le 7 juin et meurt un mois après de cachexie. Les douleurs étaient épouvantables à chaque miction et celles-ci très fréquentes, empêchaient tout repos.

OBSERVATION IX

(Due à l'obligeance de MM. le Professeur POUSSE
et le Docteur BLANCHOT)

*Tumeur de la vessie ayant amené un rétrécissement du rectum,
propagation à la prostate.*

B... Guillaume, entre à l'hôpital le 14 mars dans le service de mon Maître, M. le Professeur Pousson.

Malade fatigué, très difficile à interroger et qui se laisse interroger très imparfaitement.

L'infirmière attire l'attention sur les besoins d'aller à la selle fréquents du malade qui quitte à chaque instant son lit pour aller aux cabinets; les défécations seraient non seulement fréquentes, mais pénibles, et le malade n'expulse que des sécrétions purulentes enrobant quelques matières dures.

On fait alors immédiatement le toucher rectal qui montre un rétrécissement très marqué du rectum, siégeant à cinq ou six centimètres environ de l'an us et laissant passer l'extrémité du doigt si l'on persiste. Ce rétrécissement est annulaire, très bien constitué et les lésions occupent le pourtour du rectum sans être plus accentués sur une paroi que sur une autre. Il est très régulier et le repli qu'il constitue débord e sur le rectum en arrière et sur les côtés autant qu'en avant. La muqueuse est fixe au niveau du rétrécissement. Au-dessous du rétrécissement au lieu et place de la prostate on trouve une tuméfaction qui gagne par en haut où le rétrécissement rectal empêche de la poursuivre.

Ces signes, qui sont à peu près les signes physiques d'un rétrécissement inflammatoire du rectum, joints à la rectite éprouvée par le malade fit penser à un rétrécissement du rectum.

On n'a pas l'attention attirée au début du côté des voies urinaires. Dans les antécédents on note un séjour prolongé aux colonies qui fait penser à la syphilis.

Les jours suivants on essaie de laver la poche sous-jacente au rétrécissement; manœuvre pénible et que le malade n'endure pas.

Vers le huitième jour, tentative de cystoscopie: le cystoscope va jusqu'à la région prostatique, mais ne peut s'engager davantage; il est impossible de rabattre le pavillon; arrivé à ce niveau, il vide une cinquantaine de grammes de pus, le malade se débat et tout examen de ce côté sera impossible.

Rien du côté des reins comme signes physiques; le malade est d'ailleurs aussi difficile à explorer de ce côté que du côté urinaire ou rectal.

Ballonnement progressif du ventre avec rétention des matières; pas de signes fonctionnels indiqués par le malade du côté de

la miction. On pense à de la pyélonéphrite concomitante, les urines recueillies de temps en temps dans le fond du bocal étant troubles.

Le malade finit par accepter une intervention et on fait alors un anus iliaque, Débâcle intestinale par ce bout et soulagement momentané du malade qui paraît vouloir se remettre.

Mais dix jours après cette intervention le malade retombe dans sa torpeur et petit à petit il fait un syndrome d'urémie. C'est alors que par suite de circonstances l'histoire de la maladie peut être reconstitué. Et on apprend que le 15 février 1922 il avait eu de l'œdème des jambes et que quelques temps avant d'entrer à l'hôpital le malade avait pissé du sang.

L'urémie et la cachexie progressive emportent le malade trois semaines après l'intervention.

Autopsie. — A l'ouverture du péritoine rien de spécial sauf vessie très distendue et refoulée en avant au-dessus du pubis.

Le cul-de-sac de Douglas est occupé par du liquide séro-purulent en petite quantité; il est relevé et sous lui on sent un bloc dur, tendu, de la vessie au rectum.

On enlève en bloc vessie, rectum et toute la masse interposée.

Vessie. — A l'examen la vessie présente des parois épaissies, dures. Dans la cavité des franges siègent au bas-fond, donnant tout à fait l'aspect de papillome vésical, mais petit. Le col est comme fibreux, inextensible, ce qui explique le fait que lorsque le cystoscope arrivait au contact du col, il vidait la vessie sans qu'on puisse y pénétrer.

Urèthre. — Sain.

Urétères très dilatés et minces, gros comme un intestin grêle.

Rein. — A droite, réduit à une simple coque; à gauche, rien, normal comme parenchyme, mais uro-pyônéphrose.

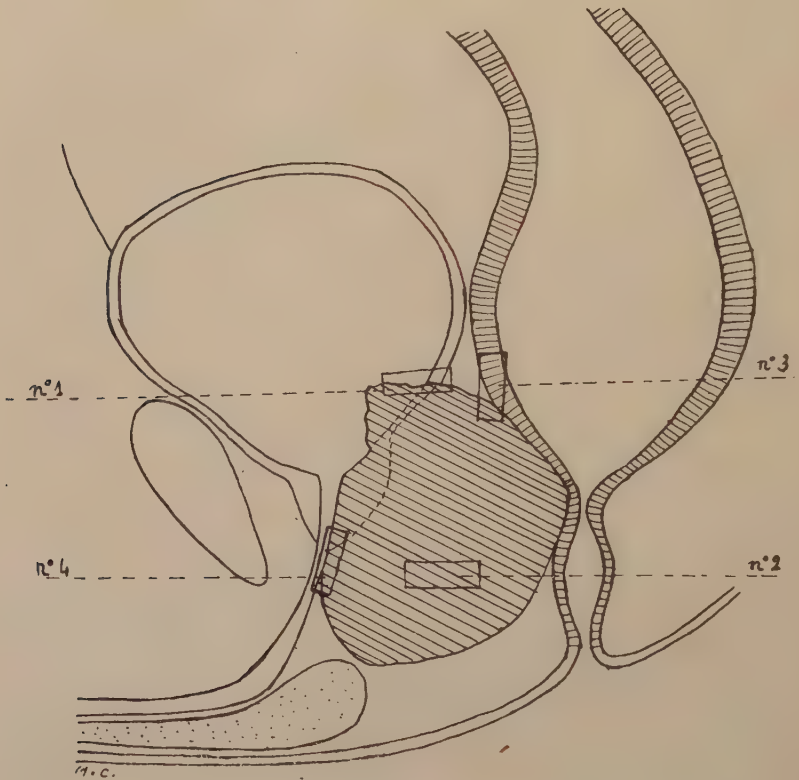
Rectum. — Partie sous-jacente au rétrécissement lisse. Partie rétrécie reconnue nettement sans ulcération. La muqueuse est adhérente à ce niveau.

Tout le tissu de la coque périphérique du rectum est fibreux, surtout au-dessus du rétrécissement.

Au-dessous du rétrécissement, pas d'ulcération.

Dans l'espace recto-vésical un bloc dur unit intimement vessie et rectum.

Dans ce bloc, urétéres fibreux dilatés.



Examen anatomo-pathologique

(Dû à l'obligeance de M. le Professeur SABRAZÈS)

Coupe n° 1 (voir schéma) passant au niveau du bas-fond vésical.

Tumeur épithéliomateuse végétante, papillaire, à cellules cubiques ou cylindriques friables. Le développement se fait :

1° En surface sous forme d'expansion en raquettes, à pédicules grêles, à extrémités renflées. Ces expansions papilloformes sont recouvertes par un épithélium cubique ou cylindrique peu adhérent à son support : elles se développent aussi en profondeur sous

forme de végétations semblables emprisonnées dans la musculature de la vessie;

2° La tumeur se présente dans la profondeur sous forme de cavités anfractueuses tapissées d'un épithélium végétant papilliforme.

Dans l'épaisseur de la paroi vésicale on voit des clivages où se trouvent des cellules cubiques du néoplasme, aplaties par pression réciproque, on trouve également des alvéoles néoplasiques dans la région prostatique et autour des glandes sous-uréthrales. Ces glandes sont villeuses : elles ne franchissent pas le stade d'adénome, il y a une réaction fibro-myomateuse très marquée.

Si l'on recherche la tumeur dans le tissu cellulo-adipeux supportant les vaisseaux et les nerfs de la région, on ne trouve pas dans ce tissu conjonctivo-adipeux, entrecoupé de fibres musculaires lisses, de faisceaux nerveux sympathiques et de petits ganglions nerveux.

Coupe n° 2 : Espace intervésico-rectal.

Dans cette zone nous trouvons une gangue fibro-myomateuse avec de nombreuses glandes villeuses végétantes du type prostatique avec sympexions, et, dans ce tissu, des métastases d'une tumeur maligne ensemencée sous forme de boyaux pleins de cellules de taille variable, assez souvent dissociées, présentant diverses formes de gigantisme nucléaire d'un polymorphisme extrême. Il y a une très grande différence de taille entre les cellules adénomateuses prostatiques et les cellules du cancer épithélial d'origine vésicale qui les côtoie. On retrouve les foyers de cellules carcinomateuses jusqu'au pourtour du gros intestin. Dans d'autres segments du territoire adipeux intervésico-rectal on retrouve la tumeur maligne ainsi que des foyers de lymphocytose autour des filets nerveux et des vaisseaux.

Coupe n° 3 : Prélevée autour du rectum.

On constate l'infiltration néoplasique du sphincter interne et jusque dans le chorion de la muqueuse rectale existent des métastases allant aux confins de la muscularis mucosæ qui est désorientée et bouleversée. Là aussi, autour de ces foyers, nous notons une infiltration lymphocytaire.

Coupe n° 4 : Section de l'urèthre au niveau de la prostate au niveau du veru montanum.

Dans le tissu sous-urétral beaucoup de glandes, çà et là une alvéole néoplasique. Dans la prostate métastases discrètes.

En somme, il s'agit d'une tumeur d'origine vésicale, épithélioma tubulé plus ou moins carcinoïde, se diffusant vers la prostate et cernant des territoires œdémateux et végétants de cette glande. La tumeur se propage aussi vers le rectum qui est comprimé au points qu'il est pour ainsi dire plissé et quasi-fermé. Des métastases entourées de lymphocytes s'observent çà et là dans des vaisseaux lymphatiques assez volumineux.

L'urèthre est lui-même comprimé dans la région prostatique qui est myxomateux et scléreux au voisinage des métastases très proches de la paroi urétrale.

OBSERVATION X

(M. DUPLANT, *Annales des maladies des organes génitaux urinaires*, 1897)

Tumeur de la vessie propagée au corps caverneux

G... C., jardinier, 34 ans.

Depuis vingt ans, difficulté de la miction sans aggravation ni accidents notables.

A la fin août 1896, abondantes hématuries qui ont persisté dix jours; rentre à l'Hôtel-Dieu où il subit le régime lacté. Deux mois après en sort amélioré dans son état général et au point de vue de ses hématuries.

Rentre de nouveau en décembre 1896 pour douleurs au niveau de la région hypogastrique, urine fréquemment. Il avait beaucoup maigri; teinte jaune paille des téguments; l'œdème des membres inférieurs et des bourses survenant le soir indiquaient un état de cachexie assez avancé.

Une tumeur diffuse au niveau de la région hépatique, les hématuries antérieures, la présence d'un noyau dur, volumineux, à la base des corps caverneux, noyau en fer à cheval, imposaient le diagnostic de cancer de la vessie propagé aux corps caverneux.

Prostate grosse par son lobe gauche, pas de noyaux anormaux.

Souffrant de brusques rétentions d'urine, il était soulagé par un cathétérisme pratiqué avec une sonde molle ordinaire sans difficulté.

Il s'agissait probablement de phénomènes d'obstruction de l'orifice de l'urèthre sans rétrécissements sur le canal. Les urines étaient teintées de sang et purulentes à la fin du cathétérisme.

Rien du côté du tube digestif. Deux ou trois ganglions volumineux au pli de l'aîne.

18 janvier. — Le malade souffrant beaucoup et ayant des accès de fièvre, M. Gandolphe se décide à pratiquer une cystostomie sus-pubienne pour le soulager. Avant l'anesthésie, le malade prend un accès fébrile et on le reconduit dans son lit. Il meurt le soir dans le coma.

Autopsie. — A l'ouverture du péritoine rien de spécial sauf veau du bas-fond. Offre dans la cavité des masses végétantes assez volumineuses sans un grand nombre de productions polypeuses; quelques noyaux durs nettement isolés et circonscrits existant dans leurs parois.

Des noyaux analogues infiltrent les corps caverneux, formant une grosse masse à leur extrémité postérieure; deux ou trois noyaux plus petits existent en avant de leur masse principale. Le canal de l'urèthre possède sur la muqueuse, en trois points, une infiltration néoplasique.

La prostate semble également atteinte.

Les urétéres dilatés et bassinets surtout à gauche sont augmentés de volume. La substance médullaire du rein gauche a en grande partie disparu. Il existe une double pyonéphrose, pas de périnéphrite. Le rein possède les altérations de la néphrite ascendante.

A signaler quelques taches blanches sur le péritoine.

En somme nous croyons avoir affaire à un néoplasme de la vessie, probablement du type de revêtement, ayant donné des noyaux de propagations dans les corps caverneux, dans le tissu muqueux de l'urèthre, dans la prostate et peut-être une légère gêne péritonéale.

OBSERVATION XI

(A. DENOT, *Annales des maladies des organes génitaux urinaires*, 1895)

Ariste T..., âgé de 66 ans, entre le 25 décembre 1894 à l'Hôtel-Dieu de Lyon.

Le malade ne donne aucun renseignement sur des blennorragies antérieures. Il ne répond pas et son état d'obnubilation s'oppose à un interrogatoire utile. Depuis trois ou quatre mois surtout il éprouve des difficultés pour uriner.

Le jet d'urine diminuait ainsi de force en même temps que les mictions devenaient de plus en plus fréquentes, indiquant une infection vésicale croissante.

Pas d'hématurie antérieure. Bien que le malade ne puisse donner des détails précis, il paraît certain qu'il n'a pas connaissance d'avoir eu une hématurie un peu abondante. Depuis quelques temps les urines sont purulentes, il s'en est aperçu lui-même. Il y a huit jours le malade fut pris de rétention complète et se fit cathétériser par son médecin qui eut les plus grandes difficultés à passer. Je n'obtins aucun renseignement sur le genre de sonde employée. Etat général mauvais. Langue sèche, rôtie (feuille de température égarée). Toucher rectal négatif. Malgré l'âge du malade, je ne constate qu'une prostate légèrement grosse, mais pas d'une façon anormale. Ce fait est très important, comme on le verra tout à l'heure. Il a été souligné dans l'observation pour indiquer qu'il n'y a pas hypertrophie prostatique évidente.

Le cathétérisme est difficile. Il existe dans la région membraneuse un rétrécissement qui paraît très serré mais qui ne semble pas absolument infranchissable.

Je parviens à grand'peine à passer une sonde filiforme en gomme.

Il s'écoule quelques gouttes d'urine très trouble. Pensant introduire une sonde un peu moins fine, de manière à faciliter l'évacuation de l'urine, je retire la sonde précédente, mais il est impossible de repasser une autre sonde, même la précédente.

Le malade fatigué, excité, se prête mal à des tentatives dou-

loureuses et qui ne semblent pas devoir être couronnées de succès. Je pense à pratiquer une cystostomie sus-pubienne, mais le malade se refuse à une intervention de ce genre.

La surdistension de la vessie, l'état des urines, révélée par quelques gouttes obtenues par le premier cathétérisme, les phénomènes d'infection grave que présentait le malade me déterminent à pratiquer une ponction hypogastrique en ayant soin d'employer une aiguille très fine de l'aspirateur Potain. Les urines retirées sont très troubles.

27 décembre. — Le lendemain, le malade se décide à se laisser opérer. Cystostomie sus-pubienne.

L'exploration du bas-fond de la vessie n'attire mon attention sur aucune particularité. Pas de calcul. La prostate n'offre pas de saillie. L'exploration que je fis alors soigneusement, parce qu'à l'entrée du malade j'avais cru (avant tout cathétérisme) qu'il s'agissait d'un prostatique, ne me procura donc aucun signe de tumeur vésicale.

29 décembre. — Etat général satisfaisant. La cystostomie a soulagé le malade, les urines ont meilleur aspect, lavage à l'eau boriquée.

8 janvier 1895. — Etat général bon, amélioration progressive, plaie hypogastrique en bon état.

Uréthrotomie interne.

Sonde à demeure 24 heures. Grands lavages.

25 janvier. — Le malade se lève, se promène. Les urines sont claires, mais il ne pisser pas par l'urèthre, bien que la sonde de Nélaton, de fort calibre, passe très facilement.

Pour calibrer le canal, je place à deux ou trois reprises une sonde de Nélaton à demeure pendant 24 ou 48 heures. Cette sonde est très bien supportée.

Commencement de février. — Le malade a souffert deux fois en 15 jours d'un état infectieux attribué à une épidémie de grippe.

Pas de signe de pneumonie.

Le malade maigrit.

5 mars. — Il persiste une fistule hypogastrique. La miction par

le canal uréthral est restée impossible quoiqu'il soit facile de passer une sonde de Nélaton, calibre 16-18. Depuis le milieu de février cependant, les cathétérismes par le canal provoquent l'expulsion de quelques gouttes de sang. Comme l'opération de l'uréthrotomie date d'environ un mois, il est difficile d'expliquer cet écoulement sanguin qui se répète à chaque cathétérisme.

Plus tard, ceux-ci deviennent douloureux et le passage de la sonde molle permet de sentir très nettement un obstacle mou qui se trouve dans le canal et que je pense tout d'abord être formé par quelques bourgeons charnus au niveau de la plaie de l'uréthrotomie. Vers fin février et début de mars, état stationnaire; se plaint de douleurs assez vives du côté de la région profonde du canal.

20 mars. — Depuis quelques jours, douleurs vives dans la région uréthrale profonde.

Il présente une demi-érection qui s'accroît de jour en jour.

On sent à la base de la verge et le long du canal, comme une sorte de noyau allongé le long de l'urèthre et dans la partie la plus reculée. Le canal paraît moulé sur cette production dure, d'aspect irrégulièrement moniliforme.

En même temps on constate sur le gland, un noyau violacé, du volume d'un poids et d'une consistance assez ferme qui permet de la délimiter nettement du tissu spongieux du gland.

Les douleurs vives au palper et les douleurs spontanées font songer à une tumeur maligne développée dans le canal et dont le noyau du gland ne serait qu'un début de propagation.

2 avril. — L'érection de plus en plus marquée s'accompagne de douleurs vives. Le cathétérisme est abandonné car il déterminait des hémorragies et douleurs presque intolérables.

Il existe quelques petits ganglions inguinaux des deux côtés.

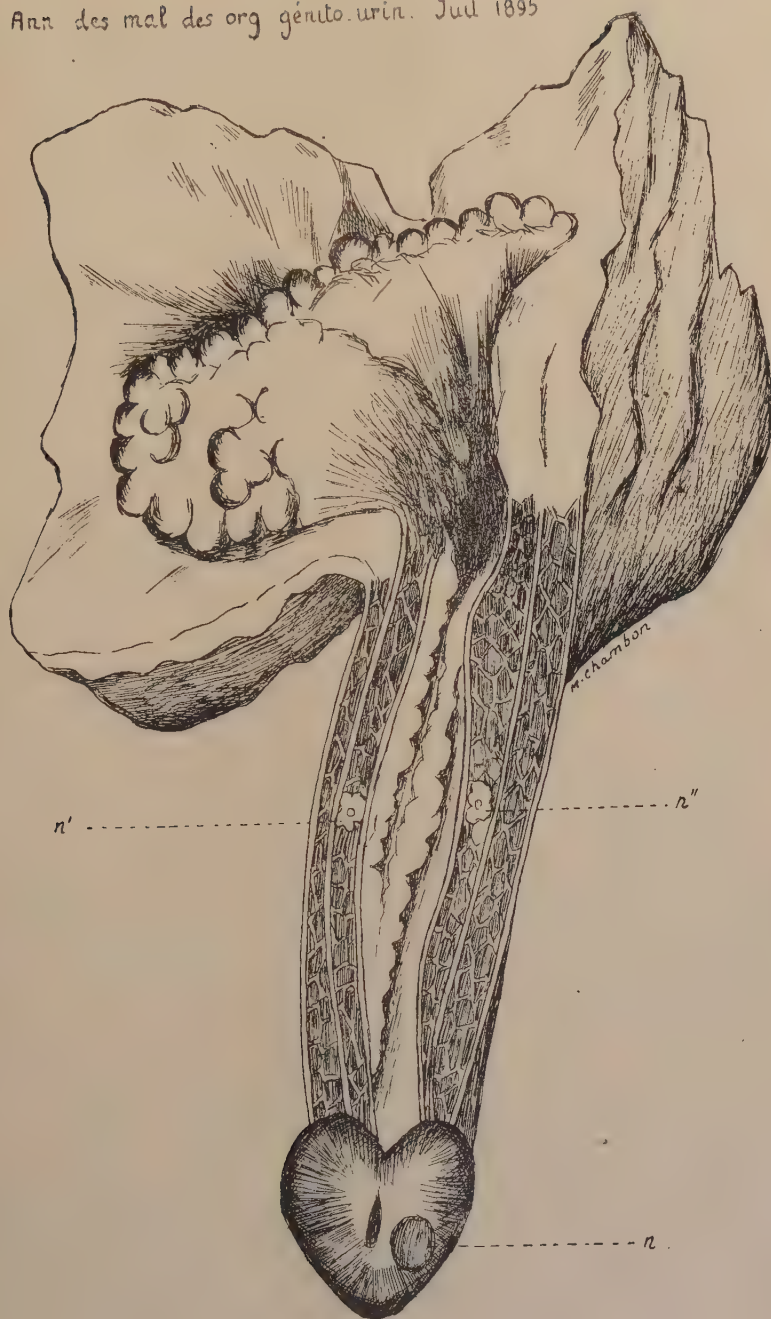
La faiblesse du malade est grande, la cachexie a fait des progrès énormes.

3 avril. — Ablation d'un noyau de la tumeur.

12 avril. — La faiblesse s'accroît. Le malade ne mange plus. Très cachectisé, ne répond plus aux questions qu'on lui pose,

16 avril. — Mort,

Ann. des mal. des org. génito-urin. Jul. 1895



Autopsie. — Tumeur développée dans tout le bas-fond de la vessie, avait poussé un prolongement dans le canal de l'urèthre, jusqu'au gland. La tumeur s'était aussi propagée par les corps caverneux. La tumeur s'était propagée au foie et aux poumons.

OBSERVATION XII

(FORTIN. *Revue pratique des maladies des organes génitaux-urinaires*).

Epithélioma de la vessie et du vagin, perforation vésicale.

Une malade de 58 ans entre dans mon service dans les premiers jours de septembre 1908 pour accidents d'incontinence d'urine dont le début remonte à trois mois, c'est à dire au mois de juin.

Le toucher vaginal nous décèle un corps utérin dur, immobile, dévié et enclavé dans le cul-de-sac droit du vagin. A cet endroit et en arrière du col existe une dépression en forme de fente difficile à délimiter du reste, et qui est la paroi de la vessie perforée.

L'examen au spéculum ne donne aucun autre renseignement intéressant.

Ce n'est que depuis trois mois qu'elle a commencé à souffrir dans le ventre et dans le bassin avec sensation de pesanteur et irradiations dans le vagin.

Ces symptômes douloureux, au dire de la malade, ne paraissent s'être manifestés d'une façon aiguë qu'au moment où déjà débutait la fistule vésico-vaginale, puisque dès lors elle ne pouvait plus retenir ses urines. Depuis, a perdu ses forces et a considérablement maigri. En présence du diagnostic d'épithélioma avec perforation et extension à l'utérus et au vagin, le traitement chirurgical s'est borné à des soins antiseptiques.

OBSERVATION XIII

(CHAMBARD. *Bulletin de la Société anatomique*, 1876)

Carcinome primitif de la vessie

La nommée Luce, âgée de 66 ans, entre à la Salpêtrière dans le service de M. Moreau, de Tours. Elle est atteinte de démence sénile, impotence musculaire et tristesse hypochondriaque. Cette malade offrant peu d'intérêt au point de vue mental, avait été

peu observée, lorsqu'à la fin du mois de septembre 1875 elle demanda à être reçue dans la salle d'infirmierie de la division.

Nous pouvons alors constater qu'elle est extrêmement amaigrie, sa peau sèche et mince présente une sorte de désquamation épidermique et offre une teinte jaune paille bien accusée. Tous ces caractères nous font présumer chez elle une affection cancéreuse. Nous apprenons alors que la miction est souvent douloureuse et difficile; l'urine contient du sang quelquefois, ainsi que les matières fécales, qui présentent un aspect dysentérique.

Les urines, en effet, ont laissé plusieurs fois déposer une matière floconneuse rougeâtre et l'examen microscopique y a dévoilé la présence de nombreux globules rouges.

La malade se plaint de vives douleurs dans le bas-ventre et la région lombaire, à ce point qu'il lui est extrêmement pénible de se tenir sur son séant. Les plaintes et les gémissements sont incessants, et à chaque visite elle réclame son mari, mort depuis plusieurs années; la démence est complète. Le toucher rectal et le toucher vaginal permettent de constater l'intégrité du col et du corps de l'utérus, ainsi que celle du rectum et du vagin. Mais la paroi antérieure de ce dernier est repoussée par une tumeur volumineuse, dure, bosselée, qui appartient évidemment à la face inférieure de la vessie envahie par une production pathologique volumineuse et étendue. Le diagnostic porté est alors cancer de la vessie.

5 octobre 1876. — La cachexie semble arrivée à sa dernière limite : la diarrhée est continuelle, la température élevée, pas de muguet; pouls, 144, irrégulier, faible. Rien au cœur. Température, 39°6. Le membre inférieur droit est œdématié depuis sa racine. Cet œdème est blanc, mou et la peau conserve longtemps l'impression du doigt qui l'a déprimée.

Les veines saphène, fémorale, poplitée, ne sont pas indurées. L'apparition rapide de cet œdème localisé au membre inférieur droit, fait penser à la propagation du néoplasme vésical à la cavité pelvienne.

Mort : 10 octobre.

Autopsie : 24 heures après la mort.

Cavité abdominale : pas de liquide dans le péritoine.

Rein droit petit, dense. Dilatation considérable de l'urètre et du bassinet qui forme au niveau du hile de l'organe une poche qui lui semble annexée. Lorsqu'on incise cette poche suivant son grand diamètre, on voit qu'elle sert de confluent à plusieurs cavités qui répondent à la dilatation des calices.

Sur une coupe saggitale on constate que les deux substances corticales et médullaires sont fermes, très amincies, rouges et que la corticale a subi une atrophie considérable.

Rein gauche : volumineux, conservant sa forme normale. Bassinet moins dilaté que du côté droit. Sur une coupe les deux substances peuvent être encore distinguées.

Tumeur vésicale et pelvienne. — Tous les organes du petit bassin sont enlevés ensemble. Pendant cette opération on constate dans la partie droite de cette cavité l'existence d'une masse cancéreuse émanée de la partie latérale droite de la vessie et fortement adhérente à l'aponévrose pelvienne; elle comprime la paroi, la partie inférieure du muscle iliaque et englobe les vaisseaux iliaques externes, partie inférieure de l'urètre droit et en arrière quelques branches antérieures des paires sacrées. A gauche la tumeur est aussi sortie de la vessie et comprend la partie inférieure de l'urètre de ce côté, mais elle s'étend beaucoup moins qu'à droite et respecte les vaisseaux pelviens.

Si on fait abstraction de ces masses latérales, l'inspection de l'extérieur de la masse des organes pelviens génito-urinaires ne donne pas de grande lésion.

La vessie a conservé sa forme et est distendue par un liquide, mais la palpation permet de reconnaître l'induration de tout son segment inférieur; le rectum est sain, il en est de même de l'utérus et du vagin sauf une ulcération irrégulière, à bords taillés à pic, à fond coloré par du sang extravasé et du diamètre d'une pièce de vingt centimes, siégeant sur la paroi du cul-de-sac antérieur. La surface de la cavité utérine ne présente rien de particulier : il en est de même de celle de la muqueuse urétrale.

L'incision de la face antérieure de la vessie donne issue à de gros caillots noirs mêlés à du sang liquide et également noir.

La surface interne du réservoir urinaire présente une masse de végétations en choux-fleurs occupant sa base et la moitié inférieure de ses faces antérieure, latérale et postérieure. Ces efflorescences reposent sur une base indurée que constituent les parois vésicales épaissies. Elles sont grisâtres, parsemées d'extravasations sanguines, se rompent et se désagrègent avec facilité sous un mince filet d'eau.

Des coupes pratiquées dans la masse cancéreuse vésicale et extra-vésicale ont une surface assez ferme, grisâtre, parsemée de nombreux pelotons adipeux.

OBSERVATION XIV

(Due à l'obligeance de MM. le Professeur agrégé DUVERGEY
et le Docteur BLANCHOT)

Tumeur de la vessie propagée à l'utérus

Il s'agit d'une pièce recueillie dans le service de M. le Professeur Duvergey.

L'histoire de la malade était la suivante : Il y a trois ans environ, cette femme âgée alors de 52 ans, et qui n'était plus réglée depuis plusieurs années, est prise d'hémorragies utérines graves. Son médecin, le docteur David-Chaussée, porte le diagnostic de tumeur de l'utérus et conseille une intervention. Un chirurgien consulté, accepte ce diagnostic, mais l'intervention est refusée. La malade continue à perdre du sang de temps en temps sans autres troubles.

Il y a un an et demi environ, elle commence à maigrir et prend un teint jaune paille, ne laissant, nous dit son médecin, aucun doute sur l'existence d'un néoplasme.

En juillet dernier apparaissent, pour la première fois, des hématuries.

A l'examen, cette malade est cachectisée. Le toucher vaginal permet de sentir un urètre complètement infiltré. Le bas-fond vésical infiltré repousse col et utérus très haut, qui deviennent inaccessibles au doigt.

Une cystoscopie démontre alors l'existence d'un néoplasme vési-

cal. La malade s'achemine vers la cachexie et vient mourir à l'hôpital en novembre.

Autopsie. — Par suite de l'opposition de la famille, on ne peut faire qu'une autopsie incomplète et on enlève seulement en bloc vessie, vagin et utérus.

L'examen des pièces confirme du côté de l'appareil urinaire ce qu'avait montré l'examen clinique : une volumineuse tumeur du bas-fond de la vessie avec propagation le long de l'urèthre qui est infiltré presque jusqu'au méat.

Ce qu'il y a de particulier, c'est la présence dans l'épaisseur du muscle utérin, de nombreux petits noyaux que l'examen démontre être de même nature que la tumeur vésicale. L'utérus est d'ailleurs volumineux, il renferme un gros caillot, mais à part deux petits polypes la muqueuse est lisse partout.

Des fragments prélevés au niveau de la tumeur végétante, au niveau de l'urèthre, au niveau du corps utérin, sont examinés par M. le Professeur Sabrazès qui a bien voulu nous remettre la note suivante :

Petite végétation siégeant sur la muqueuse vésicale.

Néoplasme se présentant tantôt sous la forme de traînées, tantôt de tubes pleins à cellules polymorphes sans globes cornés; cellules parfois multinucléées. La disposition de la tumeur est carcinéoïde en bien des points. En certains points, lymphocytose très marquée; en d'autres points, nécrose autour des foyers néoplasiques. La tumeur est tellement envahissante que le tissu est détruit presque partout. Ça et là quelques résidus de fibres musculaires, territoires de vaste nécrose dans la tumeur; d'autres régions sont en voie de sclérose ou montrent des îlots de sclérose répandue ça et là; d'autres réalisent le type d'épithélioma alvéolaire à cellules tassées, inégales, sans kératinisation.

Fragment de muqueuse utérine. Même néoplasie mais sous forme d'épithélioma alvéolaire, à beaucoup plus grands alvéoles que dans la vessie. Muscle utérin moins dégradé que le muscle vésical. La texture des foyers néoplasiques est la même que dans la vessie; cellules volumineuses associées à d'autres plus petites, cubiques ou polyédriques. Pas de kératinisation; image d'épithé-

lioma tubulé. Parfois grands alvéoles à cellules dissociées (type carcinome).

Tumeur implantée sur la face latérale gauche de la vessie.

Tissu de nécrose presque totale; on n'y voit que des résidus informes de cellules. On ne reconnaît plus une seule cellule.

Fragment de cloison vésico-vaginale infiltrée.

On retrouve le même néoplasme discret par petits foyers disséminés: épithélioma alvéolaire.

C'est sans doute une tumeur de la vessie propagée dans l'utérus, mais nous ne pouvons l'affirmer.

Quoique l'examen microscopique de la pièce ne permette pas d'affirmer l'origine de la tumeur, il semble bien que l'on puisse affirmer qu'il s'agit d'une tumeur primitive de la vessie avec métastases dans l'utérus. Il est regrettable que les circonstances n'aient pas permis l'examen des autres organes. Malgré tout cette observation est intéressante, car les métastases dans l'utérus du cancer de la vessie sont rares, et d'autre part, nous n'avons jamais vu un cas de tumeur de la vessie se manifestant d'abord par des hémorragies utérines.

OBSERVATION XV

(GAYET. *Société de chirurgie de Lyon*, mai 1912, publié dans

Lyon Chirurgical, 1^{er} août 1912).

Cancer de la face postérieure de la vessie. Cystectomie partielle avec ablation d'un fragment du rectum. Guérison opératoire.

P... Claude, 64 ans.

Il y a deux ans que le malade a ressenti les premiers symptômes de l'affection actuelle. Ce fut d'abord une hématurie abondante, colorant fortement et en totalité les urines, qui dura quatre jours. Depuis l'hématurie s'est reproduite plusieurs fois, capricieuse, indolore, spontanée. Depuis peu de temps le malade souffre dans les reins surtout à droite. En même temps l'hématurie est devenue plus fréquente, ne s'accompagnant pas de pyurie, ni de douleurs vésicales ou urétérales. Mictions faciles.

A l'examen on note un état général un peu précaire, amaigrissement, appétit nul. Langue bonne. Rien aux poumons ni au cœur. Les urines sont fortement hématuriques, presque noires.

Au palper abdominal on sent, à droite, le pôle inférieur du rein. Au toucher, prostate normale, mais on a une vague sensation d'épaississement et d'induration de la paroi vésicale.

Le 26 février on profite d'une éclaircie des urines pour faire la cystoscopie. On voit à la partie antéro-supérieure de la vessie une masse allongée, longitudinale, donnant l'impression d'une tumeur villeuse, blanchâtre. Le cystoscope tourné du côté du bas-fond, on voit une masse rougeâtre, confuse, et le milieu se troublant, on n'aperçoit plus rien.

28 février : Intervention. Anesthésie à la novocaïne. Taille transversale, section des muscles droits, ouverture transversale de la vessie, ce qui donne un jour parfait. On voit d'abord de chaque côté, vers le dôme vésical, deux petites tumeurs pédiculées, l'une du volume d'un pois, l'autre d'une noisette. On pince le pédicule, on passe des fils au-dessous, à travers la muqueuse, le pédicule est sectionné et les fils serrés.

On distingue alors à la face postérieure de la vessie une grosse tumeur sessile et même infiltrée. Pour bien reconnaître sa base d'implantation on est obligé d'abord de pratiquer l'ablation à la curette de toute la partie végétante. On se trouve alors en présence d'une plaque d'infiltration vésicale arrondie, d'une dimension d'une pièce de 5 francs, dont le bord antérieur s'arrête à deux centimètres de la ligne inter-urétérale, un peu à droite de la ligne médiane. L'urètre droit est cathétérisé et on y laisse la sonde pour servir de repère. On place sur quatre points équidistants, au bout de la tumeur, à un centimètre en dehors d'elle, des points de suspension qui permettent de soulever toute la face postérieure de la vessie. Au bistouri et aux ciseaux, section de la tumeur qui est épaisse. A un moment on pénètre dans le rectum. La tumeur extirpée, on suture le rectum par deux plans de catgut à résorption lente, passé à la Lauerstein; puis suture de la face postérieure de la vessie, suture de la face antérieure en laissant

le passage du tube drain. Les muscles droits sont minutieusement réunis et la peau est refermée par des agrafes.

Examen histologique. — L'examen a porté sur les végétations enlevées à la curette, sur la plaque d'infiltration et sur les petites tumeurs pédiculées extirpées en premier lieu.

Les végétations se montrent constituées par une charpente très déliée de tissu conjonctif, supportant entre ses travées d'épais boyaux pleins, composés uniquement de cellules épithéliales néoplasiques. Ces cellules se présentent sous forme d'éléments cubiques ou polyédriques, avec un très gros noyau et un protoplasma fortement coloré par l'éosine et peu abondant.

La pulpe d'infiltration présente également de gros boyaux épithéliaux, pleins, formés d'éléments assez polymorphes, qui pénètrent dans la couche musculaire; il s'agit d'un épithélioma lobulé.

Enfin la petite tumeur est constituée également par des éléments épithéliaux, mais plus typiques, se rapprochant de l'aspect papillomateux. Ce sont des lobules de hautes cellules en palissades, disposées assez régulièrement les unes au-dessus des autres.

20 mars. — Suites opératoires simples. La plaie se cicatrise normalement. On place une sonde à demeure.

30 avril. — La plaie est entièrement cicatrisée, la miction se fait normalement par la verge. Il n'y a plus d'hématurie, les douleurs lombaires ont disparu.

21 mai. — Examen cystoscopique de vérification : Injection préalable de novocaïne. Capacité vésicale, 100 gr. Le cystoscope est facilement introduit. Au plafond vésical, cicatrice antérieure sous forme d'entonnoir à plis radiés. Aucune trace de prolifération anormale.

En retournant le bec de l'instrument la cicatrice postérieure se montre sous forme d'un ravin irrégulier, sur les bords duquel se voient des replis d'aspect indurés. Pas de végétations. La muqueuse est uniformément rouge. La cystoscopie ne fait pas saigner. Au toucher rectal on a l'impression d'une cicatrice dure, pas de sensation de tumeur.

OBSERVATION XVI

(Due à l'obligeance de M. LEYMARIE, interne de M. le Professeur agrégé DUVERGEY)

Il s'agit d'une femme de 68 ans, qui est entrée à l'hôpital du Tondu le 28 septembre 1923. Elle présentait de la cystite glaireuse avec urines douloureuses et des hématuries, de l'œdème des membres inférieurs et des ganglions dans les aines.

Le toucher vaginal permet de sentir un bas-fond vésical induré, un utérus peu mobile.

On porte le diagnostic de cancer de la vessie.

La cystoscopie pratiquée ne donne rien à cause de l'abondance de la cystite et de l'hématurie. De plus, cette manœuvre est très douloureuse.

La malade meurt deux mois après dans un état cachectique lamentable.

Autopsie. — Tumeur pelvienne adhérente avec l'utérus et l'intestin, occupant surtout le bas-fond vésical avec propagation à l'urèthre qui est très difficile à décoller.

Les urètres sont englobés par ce magma néoplasique, surtout le gauche qui est très dilaté.

Rein droit petit, scléreux.

Rein gauche : pyonéphrose.

Grosse masse ganglionnaire hypogastrique illiaque et arotique.

CHAPITRE III

Étude Clinique

L'étude clinique des néoplasmes a été fouillée jusque dans ses moindres détails par Guyon et ses élèves. Dans la majorité des cas l'analyse raisonnée des symptômes présentés par le malade permet de reconnaître l'affection. Les divers modes d'exploration ne font le plus souvent que confirmer un diagnostic déjà établi. Cependant l'évolution de la maladie peut être telle parfois qu'elle met en défaut l'expérience des cliniciens les plus consommés.

La plupart du temps, lorsque le néoplasme a envahi les organes voisins, la marche de la maladie a été des plus insidieuses. Le malade se plaint de divers phénomènes qui n'orientent pas le médecin particulièrement vers une affection vésicale. D'autres fois les phénomènes ne sont pas assez constants ou de peu d'importance et le malade ne s'adressera au chirurgien qu'à une période trop avancée pour qu'il soit possible d'intervenir.

Le pissement de sang avec tous ses caractères, bien décrit par l'école de Necker, spontanéité dans l'apparition et la disparition, caractère terminal, peut faire quelquefois défaut. Quand l'hématurie existe elle est rare, le plus souvent légère, ne frappant pas particulièrement le malade. Elle pourra se rapprocher avec le temps sans que pour cela le volume de la production morbide influence le degré de l'hématurie; Guyon avait bien remarqué ce contraste entre l'effet et la cause productrice de l'hémorragie.

Les symptômes douloureux sont fort variables et sont de règle lorsque le néoplasme a dépassé les limites de la vessie. Ce symptôme s'explique assez bien par ce fait qu'il s'agit de tumeurs malignes.

Quelquefois la douleur sera la première manifestation apparente.

Le siège du néoplasme peut avoir une importance dans la production de ce symptôme. Les tumeurs du col donnent des épreintes pénibles. Mais il s'agit le plus souvent, lorsque les organes sont atteints, de vives douleurs dans le bas-ventre et la région lombaire, à tel point qu'il est quelquefois pénible au malade de se tenir sur son séant (obs. XIII). En même temps les malades se plaignent d'une sensation de pesanteur dans le petit bassin (obs. XII).

Les ganglions sont souvent atteints, et s'il existe une masse volumineuse le long de l'iliaque, on pourra assister à l'apparition de douleurs le long du sciatique, douleurs correspondant à la compression de ce nerf.

Bien que la tumeur se développe tout d'abord loin de tout tronc nerveux, les vaisseaux lymphatiques et les ganglions suivent la voie des gros vaisseaux et vont se mettre en rapport avec les nerfs. Comme le dit Faure, dans une revue très intéressante, ces douleurs irradiées le long des membres, sont la marque d'une certaine infiltration ganglionnaire de trop faible importance encore pour qu'il soit possible de la constater par l'exploration la plus attentive.

La douleur rénale se rencontre surtout lorsque la tumeur envahit un urètre ou s'oppose par une action mécanique au libre cours de l'urine.

Consécutive à l'infection de la vessie par les micro-organismes pyogènes, la cystite devrait en réalité figurer parmi les complications, mais elle est si fréquente, si habituelle même qu'on est presque forcé de la ranger parmi les symptômes.

Elle peut être due au cathétérisme, très difficile à faire aseptiquement, tout au moins d'une façon absolue, étant

donné la difficulté et même l'impossibilité d'aseptiser complètement l'urèthre. Nous avons déjà vu que la rétention et l'incontinence favorisait l'infection des urines. Ces deux symptômes s'observent surtout lorsqu'il y a propagation à l'urèthre (obs. X. XI).

Enfin les microbes peuvent venir de l'organe secondairement atteint. Ces cas de ce genre s'observent surtout dans les cas de propagation à l'intestin. Nous verrons plus loin d'autres symptômes dus à la propagation de ce genre.

Dans d'autres cas, la première manifestation de la tumeur consistera dans une dysurie accompagnée ou non d'urines purulentes. Le malade de l'observation XI éprouvait depuis trois ou quatre mois avant d'entrer à l'hôpital, des difficultés pour uriner. Le jet d'urine diminuait ainsi de force en même temps que les urines devenaient plus fréquentes. La dysurie peut aller jusqu'à la rétention ou à l'incontinence, suivant la disposition de la tumeur.

On peut constater également de la pollakiurie pouvant s'accompagner d'une légère brûlure. A la période terminale les besoins d'uriner deviendront incessants, impérieux et très douloureux.

Dans la propagation à l'intestin on pourra observer un phénomène assez curieux : l'excrétion de vents par la verge. La pneumaturie n'est précédée en général d'aucune sensation spéciale. L'expulsion de gaz a lieu presque toujours à la fin de la miction, ce qui paraît dû simplement à la position déclive du col et à la légèreté spécifique des gaz. En s'échappant, ces derniers produisent parfois un véritable bruit comparable à celui que déterminent les gaz intestinaux, parfois un sifflement. Il s'agit dans ces cas, d'une communication fistuleuse entre la vessie et l'intestin. L'origine intestinale se révèle par l'odeur fétide de ces gaz. (Tardieu, 1840; obs. VIII).

La pneumaturie peut être de diverses origines : air introduit par un cathétérisme, fermentation du sucre dans des urines glycosuriques, décomposition de caillots sanguins qui

pourraient séjourner dans la vessie. Dans ce dernier cas la pneumaturie est produite par les différentes bactéries susceptibles de dégager du gaz.

On pourra observer soit une constipation opiniâtre, soit, le plus souvent, des débâcles de diarrhée. L'observation IX du Docteur Blanchot nous permet de constater chez un malade, tous les symptômes de rétrécissement inflammatoire du rectum.

M. le Professeur agrégé Duvergey a présenté à la Société anatomo-clinique de Bordeaux un cas de tumeur de la vessie propagée à l'utérus dont le premier symptôme s'est manifesté par des hémorragies utérines (obs. XIV).



DIAGNOSTIC

L'étude des symptômes que nous venons de faire indiquer les caractères qui serviront à faire le diagnostic.

Mais on voit qu'il s'agit ici de cas anormaux et complexes et que le plus souvent chez eux les symptômes se présentent sous une forme insolite.

L'examen cystoscopique pourra, dans quelques cas, donner d'utiles renseignements; il devra être utilisé chaque fois qu'il sera possible et aidera au diagnostic dans les cas où la symptomatologie sera restreinte. Il ne pourra pas toujours être effectué avec aisance et dans les cas où il y aura cystite la tumeur sera voilée par des franges glaireuses, et l'introduction du cystoscope sera douloureuse. S'il y a hémorragie trop abondante, la tumeur sera aperçue dans une buée rose qui obligera d'interrompre l'examen.

Lorsqu'il arrive que les symptômes sont obscurs et que l'examen au cystoscope n'est pas concluant, il peut y avoir confusion avec diverses autres lésions.

La propagation à l'urètre peut donner lieu à la confusion possible avec une tumeur du rein, une tuberculose rénale, voire même à une néphrite hématurique, et dans bien des cas le cystoscope lèvera le doute.

Certaines cystites simples ou tuberculeuses peuvent être confondues avec une cystite néoplasique, d'autant plus que la cystoscopie sera difficile.

L'hypertrophie de la prostate peut donner le change dans certains cas. A ce propos, Loumeau rapporte, dans le *Journal de Médecine de Bordeaux* de 1919, l'observation d'un

homme dont les premiers symptômes d'hypertrophie de la prostate avaient été d'origine intestinale. Il existait des symptômes urinaires presque nuls à côté de troubles digestifs prépondérants et à peu près exclusifs, qui aboutirent par insuffisance d'évacuation d'abord, puis d'alimentation, à un épuisement mortel avant qu'un anus illiaque palliatif ait pu être pratiqué contre les accidents intestinaux, pour permettre ultérieurement une prostatectomie radicalement curative.

Lorsque la cystoscopie pourra être faite, elle lèvera le doute.

Nous avons vu dans les obs. X et IX comment ces tumeurs ont pu, dans un premier cas, simuler un rétrécissement de l'urèthre pour lequel l'uréthrotomie a été pratiquée, et dans un second cas un rétrécissement inflammatoire du rectum avec tous les signes physiques et fonctionnels.

Ce qui peut surtout donner lieu à des causes d'erreurs, ce sont les tumeurs secondaires de la vessie. S'il est des cas où celles-ci se différencient nettement, dans d'autres, malgré les examens physiques qui pourront être faits, il persistera souvent un doute sur le point de départ de la tumeur.

Le toucher rectal et vaginal combiné au palper abdominal pourra donner de précieuses indications. La cystoscopie ne sera pas toujours concluante. Seul l'examen anatomopathologique pourra être décisif.

La rectoscopie trouvera son indication dans les cas où la cystoscopie sera difficile ou impossible pour une cause quelconque.

De même la radiographie présentera dans certains cas une grande utilité pour la découverte et surtout pour la localisation du néoplasme. Il convient pour cela d'injecter dans la vessie une centaine de centimètres cubes d'une solution de collargol assez forte, 7 à 8 %. On obtient une image sombre donnant la forme de l'organe. Sur cette ombre bien délimitée apparaîtra la tumeur en clair.

Mais la question se posera toujours au clinicien de savoir si le néoplasme vésical n'est pas une tumeur secondaire propagée des organes voisins, rectum, prostate, utérus, etc., vers la vessie. L'observation XIV est typique à ce point de vue, le diagnostic a subi plusieurs étapes, d'abord on porta celui de tumeur de l'utérus, puis la cystoscopie permit de constater la tumeur vésicale; ce n'est que l'examen histologique qui leva le doute.

Albarran (1) montre l'importance que peut avoir dans certains cas l'examen des fragments de tumeurs expulsés par la miction. Il cite un exemple où il put conclure, sans avoir aucun renseignement sur la malade, à la présence d'un cancer de l'intestin ouvert secondairement dans la vessie, parce qu'il avait pu reconnaître dans des fragments éliminés par miction des cellules caliciformes à côté de cellules cylindriques.

(1) Tumeurs de la vessie, 1892.

CHAPITRE IV

Si le traitement curatif est de rigueur dans les cas de tumeur bénigne, l'opération radicale dans les tumeurs malignes propagées est absolument illusoire; elle ne présente de chance de succès que lorsqu'on peut extirper toutes les parties malades, ce qui est possible seulement dans les cas de néoplasmes peu étendus, tel le cas du cancer de la face postérieure de la vessie de l'obs. XV, pour lequel il fut fait une cystectomie partielle avec ablation d'un fragment de rectum. Le toucher rectal avait donné une vague sensation d'épaississement et d'induration de la paroi vésicale.

Mais dans la plupart des cas la propagation ganglionnaire est très fréquente dans les cas de tumeurs non localisées à la vessie. Pasteau l'a bien démontré dans son travail sur « l'état du système lymphatique dans les tumeurs de la vessie ». Quand bien même on réussirait à enlever complètement la tumeur on en laisserait pas moins dans la profondeur des quantités de noyaux qui continueraient à proliférer. Il ne faut donc pas compter sur l'absence de récurrence locale pas plus que sur l'absence de récurrence à distance.

De plus, ces malades arrivent à un état très avancé de leur maladie; ils ont maigri et sont très affaiblis et il devient alors inutile, comme le dit Albarran, « de pratiquer ces grandes opérations brillantes sans doute, mais tout au moins aléatoires et dont le bénéfice illusoire et éphémère ne saurait compenser les risques de mort, ni excuser l'entreprise. On n'opère pas pour faire de grandes opérations, mais pour être utile. Il faut mettre en balance dans chaque cas les

risques courus par le malade et les bénéfices qu'il peut retirer de l'opération qu'on pratique sur lui. »

Les moyens physiques qui ont pu être employés : diathermie, Rayons X, radium, ne semblent pas donner tous les résultats que l'on espérait et il semble que de ce côté nous sommes encore dans les ténèbres et que nous n'arriverons à les éclaircir qu'avec le secours de l'histologie qui nous montrera quelles sont les tumeurs particulièrement sensibles à ces moyens et quelle est la qualité des moyens physiques qui est plus particulièrement susceptible de modifier telle tumeur en question.

Les ressources thérapeutiques se borneront donc aux mêmes que celles auxquelles on doit avoir recours lorsque la tumeur est reconnue inopérable.

Ces moyens essentiellement palliatifs comprendront une série de soins médicaux et d'interventions opératoires, destinée à soulager les malades et à prolonger leur existence. Le traitement ne s'adressera plus à la tumeur, mais aux symptômes de la maladie.

Il faudra veiller au bon état général et chez eux les toniques trouveront leur emploi.

S'il existe un rétrécissement du rectum, par propagation de la tumeur, l'anús iliaque sera tout indiqué.

De même une indication de cystostomie sus-pubienne sera fournie par les tumeurs de la vessie lorsqu'elles gêneront la miction et que sur elles et à cause d'elles se sera greffée une infection vésicale aiguë.

Nous ne pouvons passer sous silence les essais d'injection intraveineuse de mésothorium, qui ont été pratiqués par Legueu, Marsan, Flandrin (1) récemment et qui semblent donner des résultats curatifs dans quelques cas, mais surtout palliatifs.

Ces auteurs emploient une solution B (1 microgramme par centimètre cube) qu'ils répètent tous les trois jours. Ces

(1) LEGUEU, MARSAN, FLANDRIN. Notes sur le traitement des tumeurs malignes de la vessie par le mésothorium. *Journal d'urologie*, août 1923.

injections sont d'une innocuité absolue. Le traitement n'est suspendu qu'à l'apparition de diarrhée, premier indice d'intoxication.

Leur action sur les hémorragies et les douleurs est indéniable et mérite qu'on s'y arrête.

En même temps il faudra s'appliquer au traitement local, car dans les tumeurs de la vessie c'est plutôt à la cachexie urinaire qu'à la cachexie cancéreuse que nous avons affaire et en particulier à l'infection.

Contre la cystite on emploiera les instillations de nitrate d'argent à 1/100, de collargol, d'huile goménolée.

Contre la douleur, les suppositoires calmants. Il faudra ménager l'emploi de la morphine pour ne pas épuiser l'effet de l'accoutumance.



CONCLUSIONS

I. — La propagation du cancer de la vessie aux organes voisins est moins fréquente que la propagation des tumeurs de ces organes à la vessie.

II. — Le siège de la propagation est par ordre de fréquence : le péritoine, le rectum, l'urèthre, le vagin, la prostate, l'utérus.

III. — Il est rare de voir les tumeurs de la vessie s'étendre de proche en proche et envahir les organes voisins. La terminaison fatale est due en effet le plus souvent à des lésions secondaires du néoplasme.

IV. — Si le diagnostic de tumeur non localisée à la vessie est facile avec les moyens physiques que l'on possède à l'heure actuelle, le diagnostic du point de départ du néoplasme n'est le plus souvent tranché que par l'examen anatomopathologique.

V. — Dès que la tumeur dépasse la surface extérieure de la vessie, l'infection ganglionnaire est aussi fréquente que pour les tumeurs des autres organes. Le traitement en est rendu plus difficile et le pronostic devient très grave.

VI. — Il faudra éviter toute intervention à moins qu'il ne s'agisse de pallier à l'un des symptômes qui mettent la vie du malade en danger.

VU, BON A IMPRIMER :

Le Président :

GUYOT.

VU :

Le Doyen :

C. SIGALAS.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :

Bordeaux, le 8 Février 1924.

Le Recteur de l'Académie,

F. DUMAS.

BIBLIOGRAPHIE

- ADÉNOT. — Propagation d'une tumeur vésicale à toute la longueur du canal de l'urèthre et aux corps caverneux. *Ann. des mal. des org. gén. urin.*, 1895.
- ALBARRAN. — Tumeurs de la vessie, traité, 1892. Médecine opératoire des voies urinaires, 1909.
- ARCY POWER. — Cité par Albarran.
- ATHFIELD. — Cité par Jungano.
- BUTTLIN. — Cité par Albarran.
- CEALIC et CEOCALTEU. — Sur un cas de pneumaturie. *Journal d'urologie*, 1914.
- CHAMBARD. — Carcinome primitif de la vessie. *Bulletin de la Société anatomique de Paris*, 1876, p. 640.
- DELBET et BRÉCHOT. — Nouveau traité de chirurgie, 1916, in-Le Dentu et Delbet.
- DITTRICH. — Cité par Albarran.
- DUVERGEY et BLANCHOT. — Sur un cas de tumeur de la vessie propagée à l'utérus. Soc. anat. clin. de Bordeaux. in- *Gaz. hebd. des Sc. médic. de Bordeaux*.
- DUPLANT. — Cancer de la vessie et des corps caverneux. Soc. méd. de Lyon. in-*Ann. mal. des org. gén. urin.*, 1897, p. 882.
- FAURE. — De l'importance des douleurs irradiées et des douleurs à distance dans le diagnostic et le pronostic du cancer. *Gaz. hebd. de méd. et de chir.*, 1895.
- FORTIN. — Cancer de la vessie, propagation au vagin. *Revue pratique des maladies des org. gén. urin.*, 1909.
- GAYET. — Cancer de la face postérieure de la vessie. Cystectomie partielle. Ablation d'un fragment du rectum. Soc. de chir. de Lyon. in- *Lyon chirurgical*, n° 2, 1912.

- GOETZ. — Cancer de la vessie, perforation, péritonite. *Bulletin de la Société anatomique de Paris*, 1875.
- GUIZY. — Formes latentes du cancer de la vessie. *Annales des maladies des organes génitaux urinaires*, 1907.
- GUYON. — Sur le traitement des tumeurs de la vessie. *Annales des maladies des organes génitaux urinaires*, 1886.
- Leçons cliniques sur les maladies des voies urinaires. *Traité*, 1894.
- HALLÉ. — Tumeurs carcinoïdes de la vessie. *Annales des maladies des organes génitaux urinaires*, 1896.
- HAMONIC. — Résultats de 16 interventions pour tumeur de la vessie. *Revue clin. d'andr. et de gynéc. de Paris*, 1906.
- HARTMANN. — Travaux de chirurgie anatomo-clinique, 3^e série, 1907.
- JUNCANO. — Le sarcome de la vessie. *Annales des maladies des organes génitaux urinaires*, 1907.
- KLEBS. — Cité par Jungano.
- LAVENANT. — Observation, cité par Lemoine.
- LEGUEU. — Tumeurs latentes de la vessie. *Annales des maladies des organes génitaux urinaires*, 1909.
- *Traité d'urologie*, 1910.
- *Nouveau traité de chirurgie*, 1916, in-Le Dentu et Delbet.
- Sur le traitement des tumeurs de la vessie. *Journal d'urologie*, 1923.
- LEMOINE. — Formes cliniques anormales du cancer de la vessie. *Thèse Paris*, 1909-10.
- LOUMEAU. — Forme clinique anormale d'hypertrophie de la prostate. *Journal de médecine de Bordeaux*, 1919.
- MALÈGUE. — Le sarcome primitif de la vessie. *Thèse Paris*, 1909-10.
- MONTFORT. — Contribution à l'étude du rôle de la prostate dans les tumeurs épithéliales de la vessie. *Annales des maladies des organes génitaux urinaires*, 1903.
- MOTZ. — Origine de certaines tumeurs vésicales. *Association française d'urologie*, Paris, 1901.

- ORILLARD. — Carcinome de la vessie propagé au rectum. *Bulletin de la Société anatomique*, 1876, p. 640.
- PASTEAU. — Etat du système lymphatique dans le cancer de la vessie et de la prostate. *Traité*, 1898.
- PHOCAS. — Tumeur de la vessie chez l'enfant. *Congrès français de chirurgie*, 1892.
- POUSSON. — Sur quelques tumeurs latentes de la vessie. *Annales des maladies des organes génitaux urinaires*, 1896.
- Précis des maladies des voies urinaires, 1917.
- POUSSON et BLANCHOT. — Observation inédite.
- POUSSON et DESNOS. — Encyclopédie française d'urologie.
- RICAUD. — Du cancer de la prostate. Thèse Bordeaux, 1890-91.
- SAPPEY. — Description et iconographie des vaisseaux sympathiques, 1885.
- SENFLEBÉN. — Cité par Albarran.
- TARDIEU. — Sur un cas de pneumoturie. *Bulletin de la Société anatomique de Paris*, 1840.
- THOMAS (A.). — Traitement des tumeurs de la vessie avec analyse de 62 cas. *Journal d'urologie*, 1923.
- VERHOOGEN. — Néoplasmes de la vessie. in-Encyclopédie française d'urologie, Pousson et Desnos.
-

Errata.

Page 14, ligne 41, au lieu de lent dans, lire : lent que dans.

» 15, » 8, au lieu de laisse, lire : laissent.

